

Percorso di gestione primo - secondo livello dell'artrosi

Tratto dalle conclusioni del Dipartimento Osteoarticolare, IV Congresso della Corte di giustizia Popolare per il Diritto alla Salute (Rimini, 20-22 Novembre 2015), e condiviso da FIMMG, Senior Italia e le società scientifiche

Componenti Fimmg Dipartimento Osteoarticolare :

MARCO CONTI

ARNETOLI MARIO

ROSANNA CARDIELLO

Coordinatore Scientifico: DARIO GRISILLO

LA GESTIONE DI PRIMO LIVELLO:

COMPETENZA DELLA MEDICINA GENERALE ORGANIZZATA

PREREQUISITI

- Organizzazione del lavoro in Team mono professionale (AFT)
- Adozione della metodica della medicina di iniziativa
- Individuazione di sedi comuni di svolgimento delle attività di medicina di iniziativa (strutturazione della AFT)
- Acquisizione di personale di studio e sua specifica formazione
- Acquisizione di tecnologia diagnostica di primo livello e nella fattispecie:
 - apparecchiatura per posturologia ([baropodometria](#), [stabilometria](#), sistemi [BAK e Formetric](#), [elettromiografia di superficie](#) ecc.)
- Adozione del sistema informativo di AFT in grado di garantire interoperabilità delle cartelle cliniche ed interoperabilità in modalità di telemedicina con la strumentazione diagnostica rappresentato dal Cloud di Netmedica Italia

MMG – GESTIONE DI PRIMO LIVELLO- QUICK VIEW



Diagnosi precoce

- individuazione dei pazienti potenzialmente affetti rappresentati da soggetti che presentano obesità, malformazioni anatomiche che hanno subito traumi ed i microtraumi e che praticano lavori in cui le articolazioni sono soggette a sollecitazioni meccaniche;
- predisposizione familiare nell'artrosi della mano;
- il sovrappeso e le alterazioni del menisco inclusa l'asportazione per l'artrosi del ginocchio (gonartrosi);
- le lussazioni o sublussazioni per l'artrosi dell'anca (coxartrosi);
- Questa coorte di pazienti deve essere sottoposta ad indagine clinica e, nel caso a indagine radiografica di conferma diagnostica.

Prima diagnosi e Impostazione interventi

- Anamnesi: attenta valutazione possibile solo se paziente riporta una buona descrizione del dolore, rigidità e funzione articolare e loro evoluzione. Comorbidità e coinvolgimento delle articolazioni sono i fattori che maggiormente influenzano diagnosi e terapia;
- Esame obiettivo: esame clinico e posturale (baropodometria, stabilometria, sistemi BAK e Formetric, elettromiografia di superficie ecc.), inquadramento e quantificazione dolore
- Terapia:
 1. Interventi preventivi non farmacologici;
 2. Rieducazione posturale;
 3. Terapia farmacologica (collegata a intensità dolore):
 - a) Terapia di fondo per degenerazione
 - b) Terapia farmacologica per dolore (nei pz. A rischio gastrointestinale raccomandabile (COX)-2);
 - c) Terapia infiltrativa (effettuabile dallo stesso MMG);
 4. Terapia chirurgica – protesica.

Follow-up di I livello

- La frequenza dei controlli va stabilita di volta in volta in base a grado di compromissione, dolore e terapia intrapresa, è necessario ad ogni visita:
 1. Indagare l'eventuale presenza di dolore;
 2. Rivalutare le abitudini alimentari, lo stile di vita, la menopausa, la presenza di altri sintomi;
 3. Ripetere l'esame obiettivo;
 4. Valutare la presenza di liquido nelle articolazioni per eventuale gestione diretta o invio specialistico;
 5. Riconsiderazione dell'approccio terapeutico in base ai farmaci prescritti e adesione alla terapia a lungo termine in termini di compliance e dosaggio;
 - In caso di una espressione clinica articolare di particolare impegno ricorrere ad una radiografia.
- E' necessario periodicamente:
Ripetere un esame posturale sia con dati clinici obbiettivi che strumentali atti a verificare la riprogrammazione in atto delle catene muscolari in relazione ad atti terapeutici.

Prima diagnosi e Impostazione interventi

- Anamnesi: attenta valutazione possibile solo se paziente riporta una buona descrizione del dolore, della rigidità e funzione articolare e loro evoluzione nel tempo.
Comorbilità e coinvolgimento delle articolazioni sono i fattori che maggiormente influenzano diagnosi e terapia (vedi linea guida OARSI su OA ginocchio e nessuna comorbilità, OA ginocchio e comorbilità, OA pluriarticolare e nessuna comorbilità, OA pluriarticolare e comorbilità);
- Esame obiettivo: il medico esamina lo stato generale di salute (valutando anche riflessi, forza muscolare, mobilità, capacità di piegarsi, ecc);
successivamente svolge un esame clinico e posturale (baropodometria, stabilometria, sistemi BAK e Formetric, elettromiografia di superficie ecc.);
infine effettua un inquadramento ed una quantificazione dolore (vedi scale analgesiche validate)
- Prima diagnosi ed impostazione interventi: è fondamentale considerare se primo episodio, se è una ricorrenza e se si è in presenza di alterazione funzionale.
In questo momento diagnostico lo strumento più utile al medico è la radiografia (attraverso la quale verificare la presenza degli aspetti radiologici più rilevanti dell'artrosi come la riduzione dello spazio articolare o dello spessore della cartilagine, ecc).
- Terapia:
 1. Interventi preventivi non farmacologici (conoscenza della malattia, correzione degli stili di vita, correzione del sovrappeso/obesità, attività fisica)
 2. Rieducazione posturale e apprendimento di posture di riposo per soggetti che presentano postura alterata (utilizzo ortesi di scarico)
 3. Terapia farmacologica (collegata a intensità dolore secondo scala analgesica OMS, preferibili per la loro facilità e rapidità di utilizzo le scale unidimensionali, si raccomanda di annotare ad ogni visita l'intensità del dolore di modo da verificarne l'evoluzione):
 - a) Terapia di fondo per degenerazione (categoria SYSADOA o *condroprotettori*, tra questi la glucosamina ha la maggiore efficacia dimostrata)
 - b) Terapia farmacologica per dolore (farmaco di prima scelta è il paracetamolo, il cui vantaggio rispetto ai FANS sta nella sua minore gastrolesività e la possibilità di essere somministrato per terapie prolungate; nei pazienti a rischio gastrointestinale raccomandabile (COX)-2, per un approfondimento sulle tipologie farmacologiche raccomandate a seconda del dolore percepito si rimanda al Focus *ad hoc* predisposto);
 - c) Terapia infiltrativa (effettuabile dallo stesso MMG effettuate, solitamente, in cicli di 3-4 infiltrazioni con effetto condroprotettore);
 4. Terapia chirurgica – protesica (rimedio inevitabile al fallimento delle altre tipologie terapeutiche, soprattutto per OA di anca e ginocchio)

FOCUS ARTROSI GINOCCHIO - DIAGNOSI

- Il primo step diagnostico si basa sull'esame clinico e su una eventuale e successiva richiesta di esame RX nelle proiezioni appropriate includendo la valutazione sotto carico in ortostatismo. Le tre proiezioni offrono un quadro completo dei tre compartimenti dell'articolazione. Un eventuale approfondimento diagnostico, in sospetto di patologia degenerativa femoro-tibiale più marcata di quanto non faccia valutare la radiografia AP (antero-posteriore) sotto carico, può essere effettuato con proiezione PA (postero-anteriore) sotto carico a 45° . Gli elementi di semeiotica radiologica fanno riferimento alla classificazione di Kengrell-Lawrence (1957)
- Diagnosi differenziale con patologie non artrosiche
 - a) esami ematici per escludere patologie reumatiche infiammatorie (Ves, Proteina c reattiva, Uricemia, Fattore reumatoide);
 - b) ecografia per escludere patologie muscolo-tendinee ed inserzionali

Invio al secondo livello specialistico per:

1. diagnosi di patologia infiammatoria reumatica
 2. esecuzione di ecografia quando non eseguibile dal MMG
- nota: esami diagnostici come TAC e RM da lasciare in seconda istanza e a un secondo livello, nei casi indicati secondo le dimostrazioni e documentazioni scientifiche di evidenze chiare e incontrovertibili

FOCUS TERAPIA FARMACOLOGICA PER IL DOLORE

- **Dolore lieve-moderato: i farmaci analgesici di prima scelta**

Analgesici periferici antinfiammatori: possono essere utilizzati in fase di valutazione e per brevi periodi in numerose sindromi algiche in cui prevale un processo infiammatorio. La lunga durata d'azione ne consiglia la somministrazione giornaliera.

Paracetamolo: al giusto dosaggio (1 g x 3/die) rappresenta l'analgesico di prima scelta soprattutto nelle forme di dolore lieve e continuo.

Paracetamolo-codeina: spesso sottodosato; richiederebbe dosaggi di 2 cpr x 3/die.

Tramadolo e associazione paracetamolo-tramadolo.

- **Dolore moderato-grave: i farmaci analgesici di prima scelta**

In pazienti con dolore moderato-grave l'impiego dei farmaci oppiacei è fondamentale e deve essere personalizzato per ciascun paziente. Tipo di oppiaceo, dosaggio e formulazione dovrebbero essere valutati di volta in volta. La collaborazione tra MMG e specialista del dolore è auspicabile per poter garantire la continuità di cura e ovviamente il successo terapeutico con il minimo rischio.

- **Dolore lieve-moderato-grave: i farmaci "adiuvanti"**

Farmaci che agiscono in presenza di modificazioni della fibra nervosa periferica:

a) **Carbamazepina e oxcarbazepina:** l'indicazione principale è nella nevralgia essenziale del trigemino;

b) **Antidepressivi triciclici:** gravati da alcuni effetti collaterali che ne limitano in alcuni casi l'impiego;

c) **Anestetici locali (lidocaina):** difficilmente somministrabili nel lungo periodo, ma efficaci in somministrazione endovenosa.

- **Farmaci che agiscono in presenza di sensibilizzazione dei neuroni spinali, Gabapentinoidi (gabapentin, pregabalin):**

a. **Clonazepam.**

b. **Antidepressivi (triciclici e non).**

- **Farmaci che agiscono in presenza di flogosi delle vie nervose,** dove il ruolo dei recettori periferici delle piccole terminazioni nocicettive del perinervio giocano un ruolo importante.

a) **Corticosteroidi.**

LA GESTIONE DI SECONDO LIVELLO:

COMPETENZA DELLO SPECIALISTICA DI BRANCA

SITUAZIONI DI INVIO ALLO SPECIALISTA DA PARTE DEL MMG

- a) Sospetto di patologia infiammatoria/reumatica
- b) Per eseguire artrocentesi diagnostica/ terapeutica se MMG non in grado di operare autonomamente
- c) Per eseguire ecografia in caso di sospetto di patologia muscolo-tendinea se MMG non in grado di operare autonomamente

Lo Specialista si avvale dei dati registrati nella cartella clinica del MMG che deve essere condivisa in modalità informatica tramite cruscotto di patologia.